

2022 METROPLUS ADVANTAGE PLAN (HMO-DSNP) RESUMEN DE BENEFICIOS



MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) es un plan de salud HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en el Plan depende de la renovación del contrato.

**ESTE ES UN RESUMEN DE LOS MEDICAMENTOS Y LOS SERVICIOS
DE SALUD CUBIERTOS POR METROPLUS ADVANTAGE PLAN
(HMO-DSNP) DEL 1 DE ENERO DE 2022 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2022**



VAMOS A PONERNOS SALUDABLES JUNTOS.

Nuestro **MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP)** es un plan de elegibilidad dual para necesidades especiales que ofrece cobertura de Medicare con beneficios adicionales, que incluye beneficios de transporte y medicamentos de venta libre, así como una ampliación de servicios de cuidado de la vista y dentales, y una sólida red de proveedores en los cinco condados. Además, ofrece un excelente programa de recompensas para miembros, en el que nuestros miembros obtienen puntos por completar actividades saludables. La cobertura de **MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP)** es adicional a los servicios que usted puede ser elegible para recibir a través del programa Medicaid del Estado de Nueva York.

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre su inscripción, es importante que comprenda totalmente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, llame a nuestra línea de ayuda las 24 horas del día, los 7 días de la semana al **1.866.986.0356** (TTY: 711) y un representante le ayudará.

Comprender los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios de la *Evidencia de cobertura* (EOC, por sus siglas en inglés), especialmente para los servicios para los que consulta a un médico en forma periódica. Visite **www.metroplusmedicare.org** o llame al **1.866.986.0356** (TTY: 711) para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores/farmacias (o pregunte a su médico) para asegurarse de que los médicos a los que consulta estén ahora en la red. Si los encuentra en el directorio, significa que probablemente tendrá que seleccionar a un médico nuevo.
- Revise el directorio de proveedores/farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para medicamentos recetados esté en la red. Si la farmacia no se encuentra en el directorio, probablemente tendrá que seleccionar una farmacia nueva para sus medicamentos recetados.

Comprender las reglas importantes

- Además de su prima mensual del plan, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima generalmente se toma cada mes de su cheque del Seguro Social.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2023.
- Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no están incluidos en el directorio de proveedores/farmacias).
- Este plan es un plan de elegibilidad dual para necesidades especiales (D-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid.

El plan **MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP)** es un plan de elegibilidad dual para necesidades especiales que ofrece cobertura de Medicare con beneficios adicionales. La información de beneficios proporcionada no incluye todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones y exclusiones.

Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, solicite la Evidencia de cobertura a Servicios al Miembro (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto). Su prima mensual dependerá de su nivel de Ayuda Adicional. Si es elegible para los beneficios completos de Medicaid, su deducible, copagos y coaseguros podrían ser hasta de \$0.

Para inscribirse en **MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP)**, tiene que tener derecho a la Parte

A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, ser ciudadano estadounidense o estar presente de forma legal en los Estados Unidos, y residir en Manhattan, Brooklyn, Queens, el Bronx o Staten Island. Además, debe ser elegible tanto para recibir asistencia con los costos compartidos de Medicaid o Medicare en virtud de Medicaid.

El plan **MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP)** cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si acude a proveedores que no están en nuestra red, el plan podría no pagar esos servicios. Puede ver el *Directorio de proveedores y farmacias* y la *Evidencia de cobertura* de nuestro plan en www.metroplusmedicare.org. O bien, llámenos y le enviaremos una copia del directorio.

Primas y beneficios	MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP)	Lo que debe saber
Prima mensual del plan	Usted paga \$0 o \$42.40, dependiendo de su nivel de Ayuda Adicional .	Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, puede pagar incluso \$0 como su prima de la Parte B.
Deducible	\$0 o \$233	Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, su pago puede ser incluso de \$0.
Responsabilidad máxima de desembolso propio (no incluye medicamentos recetados)	\$7,550 al año.	El monto máximo que paga por copagos, coaseguros y otros costos de servicios médicos durante el año. Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, su pago puede ser incluso de \$0.
Cobertura para pacientes hospitalizados	\$0 o: <ul style="list-style-type: none"> Deducible de \$1,556 Días 1 a 60: copago de \$0 por día Días 61 a 90: copago de \$389 por día 60 días de reserva de por vida: copago de \$778 por día 	Nuestro plan cubre 90 días para una hospitalización. Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida". Usted puede ser elegible para recibir beneficios adicionales dependiendo de su elegibilidad para Medicaid. Se requiere remisión y autorización previa.

Primas y beneficios	MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP)	Lo que debe saber
Cobertura para pacientes ambulatorios en el hospital <ul style="list-style-type: none"> Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Centro quirúrgico ambulatorio 	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.	Se requiere una remisión.
Consultas médicas <ul style="list-style-type: none"> Médico primario Especialistas 	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.	Se requiere una remisión.
Atención preventiva	Usted no paga nada.	Cualquier servicio preventivo adicional que Medicare apruebe durante el año de contrato estará cubierto.
Atención de emergencia	Usted paga cero o 20% del costo (hasta \$90) dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.	Si ingresa al hospital en los siguientes 3 días, no tiene que pagar su parte del costo por los servicios de necesidad urgente.
Servicios de necesidad urgente	Usted paga cero o 20% del costo (hasta \$65) dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.	Si ingresa al hospital en los siguientes 3 días, no tiene que pagar su parte del costo por los servicios de necesidad urgente.
Servicios de diagnóstico / laboratorio / estudios por imágenes <ul style="list-style-type: none"> Pruebas y procedimientos de diagnóstico Servicios de laboratorio Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imagen por resonancia magnética) Radiografías para pacientes ambulatorios 	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.	Se requiere una remisión. Algunos servicios requieren la autorización previa de su médico o de otros proveedores de la red. Para obtener más información, comuníquese con el plan.
Servicios de audición	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid para evaluaciones de diagnóstico de la audición y el equilibrio cubiertas por Medicare. Copago de \$0 en audífonos (hasta una cobertura máxima de \$500 para ambos oídos cada 3 años)	Puede requerir una remisión o autorización previa. Para ver información adicional, consulte la <i>Evidencia de cobertura de 2022 de MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP)</i> .

Dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid, es posible que no tenga ninguna responsabilidad de costos compartidos para los servicios de Original Medicare.

Primas y beneficios	MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP)	Lo que debe saber
Servicios dentales	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.	Servicios dentales limitados (no incluyen los servicios relacionados con la atención, el tratamiento, el relleno, la extracción o el reemplazo de los dientes). Puede tener disponibles estos servicios con Medicaid, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Se requiere autorización previa.
Beneficios dentales ampliados		Se limitan a servicios específicos – consulte la <i>Evidencia de cobertura para 2022 de MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP)</i> para conocer todos los detalles. Se requiere autorización previa.
• Restauración y prostodoncia	Copago de \$0	Límite de 1 cada 60 meses, por diente.
• Endodoncia	Copago de \$0	Límite de 1 de por vida, por diente.
• Periodoncia	Copago de \$0	LLímite de 1 cada 60 meses, por cuadrante. Los servicios dentales integrales se cubren con un límite de \$700 por año.
Servicios de cuidado de la vista	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.	Se requiere una remisión.
Beneficios para anteojos	Los anteojos están cubiertos hasta un total de \$100 por año para: • Lentes de contacto • Anteojos (lentes y marcos) • Lentes para anteojos • Marcos para anteojos • Actualizaciones	Este beneficio se puede combinar con sus beneficios de Medicaid para proporcionar cobertura para lentes adicionales, o para comprar lentes más allá del límite de gastos de Medicaid. Se requiere una remisión.
Servicios de salud mental (paciente hospitalizado)	\$0 o: • Deducible de \$1,556 • Días 1 a 60: copago de \$0 por día • Días 61 a 90: copago de \$389 por día • 60 días de reserva de por vida: copago de \$778 por día	Se requiere remisión y autorización previa.
Servicios de salud mental (paciente ambulatorio)	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.	
Centro de enfermería especializada	\$0 o: • Usted no paga nada por los días 1 al 20 • Copago de \$194.50 por día para los días 21 al 100	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada. Se requiere remisión y autorización previa.

Primas y beneficios	MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP)	Lo que debe saber
Fisioterapia	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.	Se requiere una remisión. Se requiere autorización previa para más de 10 visitas al año.
Ambulancia	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.	
Transporte	Usted no paga nada.	Nuestro plan cubre hasta 14 traslados de ida por año a la dirección de un proveedor aprobado. Se requiere remisión y autorización previa.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Usted paga cero o 20% del costo de los medicamentos de quimioterapia, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Usted paga cero o 20% del costo de otros medicamentos de la Parte B, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.	Puede que se requiera una autorización previa o terapia escalonada.
Equipos y suministros médicos		
• Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.	Se requiere autorización previa.
• Prótesis (por ejemplo, órtesis, extremidades artificiales)	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.	
• Suministros para la diabetes	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.	
Atención del pie (servicios de podología)		
• Exámenes y tratamiento de los pies si tiene daño a los nervios relacionado con la diabetes y/o cumple con ciertas condiciones	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.	Tiene disponibles 4 visitas de atención podológica al año. Se requiere una remisión.
• Atención podológica de rutina	Usted no paga nada.	

Primas y beneficios	MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP)	Lo que debe saber
Servicios de telesalud	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.	Los servicios de telesalud cubiertos incluyen: Servicios de necesidad urgente; servicios de médicos especialistas; sesiones individuales para servicios especializados de salud mental; otros profesionales médicos; sesiones individuales para servicios psiquiátricos; sesiones individuales para tratamiento ambulatorio por consumo de sustancias; y capacitación en autocontrol de la diabetes. Se requiere una remisión, excepto para servicios de salud conductual.
Artículos de venta libre	Usted paga un copago de \$0.	Hasta \$1,500 al año (\$375 por trimestre) para los artículos de venta libre sin receta médica aprobados por MetroPlus de un catálogo específico.
Servicios del Programa de Tratamiento para Opioides	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.	Se requiere autorización previa solamente para los servicios para pacientes hospitalizados.
Acupuntura (solamente para tratar dolor crónico en la parte baja de la espalda)	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.	Los servicios cubiertos incluyen: 12 sesiones cubiertas en un período de 90 días. 8 sesiones adicionales se cubren para pacientes que muestren mejoría. El tratamiento debe abandonarse si el miembro no está mejorando o si está empeorando. Límite de 20 tratamientos de acupuntura al año. Se requiere remisión y autorización previa.
Beneficio de acondicionamiento físico	Usted no paga nada.	MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) le reembolsará hasta \$250 cada seis meses por el costo de su membresía en instalaciones deportivas autorizadas.
Comidas después del alta	Usted no paga nada.	Los miembros son elegibles hasta para 10 comidas durante los 5 días posteriores al alta de un entorno para pacientes hospitalizados a su hogar. Se requiere autorización previa.

Primas y beneficios	MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP)	Lo que debe saber
Tarjeta Flex	Usted no paga nada.	Los miembros recibirán una tarjeta Flex con \$200 al año que se puede usar para modificaciones y dispositivos de seguridad para el hogar y el baño, comestibles o artículos de venta libre. Para ver información adicional, consulte la <i>Evidencia de cobertura de 2022 de MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP)</i> .
Vales de comida saludable (Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos [SSBCI])	Usted no paga nada.	Los miembros autorizados pueden recibir hasta \$64 por trimestre en vales de comida que pueden usar para comprar alimentos saludables frescos en proveedores participantes. Se requiere autorización previa.

Los planes pueden ofrecer beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y los beneficios de la Parte D. Si desea conocer más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual vigente *Medicare y Usted*. Puede verlo en línea en <http://www.medicare.gov> u obtener una copia llamando al **1.800.MEDICARE (1.800.633.4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1.877.486.2048**.

Este documento está disponible en otros formatos como braille, letra grande y audio.

Si no cumple los requisitos para recibir Medicaid, tenemos otros planes que pueden ser adecuados para usted.

Para obtener más información, llame al **1.866.986.0356**, TTY: 711, 24 horas al día, 7 días a la semana, o visítenos en línea en metroplusmedicare.org.

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Etapa 1:	Etapa de deducible anual	Si usted recibe Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos recetados, el monto de su deducible será de \$0 o \$99, según el nivel de Ayuda Adicional que reciba.	
Etapa 2:	Cobertura inicial (después de pagar su deducible, si lo hay)	Dependiendo del nivel de Ayuda Adicional que reciba, usted paga los siguientes montos por costo compartido:	Una vez que el costo total de sus medicamentos alcanza \$4,430, pasará a la etapa siguiente (la etapa de brecha en la cobertura).
	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados como genéricos) 	Copago de \$0	
	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los demás medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Un copago de \$0 o • Un copago de \$4.00 o • Un copago de \$9.85 o hasta • Un 15% de coaseguro 	
Etapa 3:	Etapa de brecha en la cobertura	Dependiendo del nivel de Ayuda Adicional que reciba, usted paga los siguientes montos por costo compartido:	Una vez que su desembolso propio anual alcanza los \$7,050, usted pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura catastrófica).
	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados como genéricos) 	Copago de \$0	
	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los demás medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Un copago de \$0 o • Un copago de \$4.00 o • Un copago de \$9.85 o hasta • Un 15% de coaseguro 	
Etapa 4:	Etapa de cobertura catastrófica		Una vez que se encuentre en la etapa de cobertura catastrófica , permanecerá en esta etapa hasta que termine el año.
	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados como genéricos) 	Copago de \$0	
	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los demás medicamentos 	\$0 o \$9.85, o el 5% del costo, dependiendo de su nivel de Ayuda Adicional	

MetroPlusHealth se alegra de informarle que puede usar nuestro programa de pedido por correo para que le entreguen sus medicamentos directamente en su hogar, sin costo adicional para usted. Este servicio le ahorrará tiempo, y su medicamento llegará de manera segura, en un paquete simple, seguro y a prueba de manipulaciones.

Para inscribirse en este servicio, llame al Departamento de Atención al Cliente de **CVS Caremark** al **1.866.693.4615** o puede inscribirse en línea en <https://www.caremark.com>.

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID

MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) es un plan de elegibilidad dual para necesidades especiales que coordina su cobertura de Medicare con beneficios y servicios adicionales e integrales, a los que puede tener derecho en virtud del Programa Medicaid del Estado de Nueva York.

Se considera que los miembros que cumplen los requisitos para recibir Medicare y Medicaid tienen elegibilidad dual. Como miembro con elegibilidad dual, usted es elegible para beneficios del Programa Medicare federal, y también del Programa Medicaid del Estado de Nueva York.

Los beneficios adicionales de Medicaid que usted recibe pueden variar conforme a sus ingresos y recursos. Con la asistencia de Medicaid, algunos miembros con elegibilidad dual no tienen que pagar ciertos costos de Medicare. Las categorías de beneficios y los tipos de asistencia de Medicaid que brinda nuestro plan son:

- **Persona discapacitada calificada y con trabajo (Qualified Disabled and Working Individual, QDWI):** Pago de sus primas de la Parte A de Medicare únicamente.
- **Persona calificada (Qualifying Individual, QI):** Pago de sus primas de la Parte B de Medicare únicamente.
- **Beneficiario de Medicare de bajos ingresos especificados (Specified Low Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Pago de sus primas de la Parte B de Medicare.
- **SLMB-Plus:** Pago de sus primas de la Parte B de Medicare y beneficios completos de Medicaid.
- **Beneficiario de Medicare calificado (Qualified Medicare Beneficiary, QMB Only):** Pago de su prima de la Parte A de Medicare y/o primas, deducibles y costos compartidos de la Parte B (excluyendo los copagos de la Parte D).
- **QMB-Plus:** Pago de su prima de la Parte A de Medicare y primas, deducibles y costos compartidos de la Parte B (excluyendo los copagos de la Parte D) y beneficios completos de Medicaid.

Como QMB o QMB-Plus, usted paga \$0 por los servicios cubiertos por Medicare, excepto cualquier copago por medicamentos recetados de la Parte D. Sin embargo, si no es QMB ni QMB-Plus, pero es elegible para los beneficios completos de Medicaid, podría tener que pagar algunos copagos, coaseguros y deducibles, dependiendo de sus beneficios de Medicaid.

La siguiente tabla muestra los servicios que están disponibles bajo Medicaid para las personas que son elegibles para los beneficios completos de Medicaid, y también explica si esos beneficios están disponibles en nuestro plan. Es importante entender que los beneficios de Medicaid pueden variar en base a su nivel de ingresos y otros estándares. Además, sus beneficios de Medicaid pueden cambiar durante el año. Dependiendo de su estado actual, podría no ser elegible para todos los beneficios de Medicaid. Sin embargo, mientras sea un miembro de nuestro plan, puede acceder a los beneficios del plan, sin importar su situación de Medicaid.

Para obtener la información más actualizada y precisa sobre su elegibilidad y beneficios, comuníquese con la **Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de Nueva York** al **718.557.1399**. Para recibir asistencia adicional, también puede comunicarse con **Servicios al Miembro de MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP)** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID

Beneficio	Descripción de los servicios cubiertos por Medicaid	MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP)
Cobertura para pacientes hospitalizados	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare. Hasta 365 días por año (366 en el caso de años bisiestos)	<p>\$0 or:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$1,556 deductible • Days 1–60: \$0 copayment per day • Days 61–90: \$389 copayment per day • 60 Lifetime Reserve Days: \$778 copayment per day
Cobertura para pacientes ambulatorios en el hospital		
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios 	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.
<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatory Surgical Center 	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Consultas médicas		
<ul style="list-style-type: none"> • Médico primario 	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.
<ul style="list-style-type: none"> • Especialistas 	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Atención preventiva	Sin cobertura.	Usted no paga nada.
Atención de emergencia	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	Usted paga cero o 20% del costo (hasta \$90) dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Beneficio	Descripción de los servicios cubiertos por Medicaid	MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP)
Servicios de necesidad urgente	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	Usted paga cero o 20% del costo (hasta \$65) dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios de diagnóstico / laboratorio / estudios por imágenes		
<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas y procedimientos de diagnóstico 	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de laboratorio 	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imagen por resonancia magnética) 	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.
<ul style="list-style-type: none"> • Radiografías para pacientes ambulatorios 	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios de audición	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare. Servicios y productos de la audición cuando son médicamente necesarios para aliviar la discapacidad causada por la pérdida o el deterioro de la audición. Los servicios incluyen la selección, adaptación y entrega de audífonos; revisiones de audífonos después de la entrega, evaluaciones de conformidad y reparaciones de audífonos; servicios de audiología, incluyendo exámenes y pruebas, evaluaciones de audífonos y recetas de audífonos; y productos para audífonos, incluyendo audífonos, moldes auriculares, accesorios especiales y repuestos.	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid para evaluaciones de diagnóstico de la audición y el equilibrio cubiertas por Medicare. Además, cubrimos audífonos con un copago de \$0, hasta una cobertura máxima de \$500 para ambos oídos cada 3 años.

Beneficio	Descripción de los servicios cubiertos por Medicaid	MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP)
Servicios dentales	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare. Servicios dentales cubiertos por Medicaid, incluyendo la atención preventiva necesaria, eliminación del sarro y demás atención dental de rutina, servicios y suministros y prótesis dentales para aliviar una afección médica grave. Servicios de cirugía dental para pacientes ambulatorios u hospitalizados, sujetos a una autorización previa.	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid para servicios dentales cubiertos por Medicaid. Además, cubrimos los siguientes servicios dentales integrales, incluyendo restauración y prostodoncia, endodoncia y periodoncia. Usted no paga nada por estos servicios dentales integrales. Los servicios dentales integrales se cubren con un límite de \$700 por año.
Servicios de cuidado de la vista	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare. Servicios de optometristas, oftalmólogos y dispensadores oftálmicos, incluyendo anteojos, lentes de contacto médicamente necesarios y lentes de policarbonato, ojos artificiales (en existencia o hechos a medida), ayudas para visión deficiente y servicios de baja visión. La cobertura también incluye la reparación o el reemplazo de partes. La cobertura además incluye exámenes para el diagnóstico y tratamiento de defectos visuales y/o enfermedades de la vista. Los exámenes para refracción están limitados a cada dos (2) años, a menos que de otra manera se justifique como médicamente necesario. Los anteojos no requieren cambio con mayor frecuencia que cada dos (2) años, a menos que sea médicamente necesario o que los anteojos se pierdan, dañen o destruyan.	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid para servicios de cuidado de la vista cubiertos por Medicaid. Además, cubrimos los anteojos hasta un total de \$100 por año para: <ul style="list-style-type: none"> • Lentes de contacto • Anteojos (lentes y marcos) • Lentes para anteojos • Marcos para anteojos • Actualizaciones Este beneficio se puede combinar con sus beneficios de Medicaid para proporcionar cobertura para lentes adicionales, o para comprar lentes más allá del límite de gastos de Medicaid.
Servicios de salud mental (paciente hospitalizado)	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	\$0 o: <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1,556 • Días 1 a 60: copago de \$0 por día • Días 61 a 90: copago de \$389 por día • 60 días de reserva de por vida: copago de \$778 por día

Beneficio	Descripción de los servicios cubiertos por Medicaid	MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP)
Centro de enfermería especializada	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare. Medicaid cubre los días adicionales más allá del límite de 100 días de Medicare.	\$0 o: <ul style="list-style-type: none"> • Usted no paga nada por los días 1 al 20 • Copago de \$194.50 por día para los días 21 al 100
Servicios de rehabilitación	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare. Las terapias ocupacionales y del habla están limitadas por Medicaid a veinte (20) sesiones de terapia por año. Las fisioterapias están limitadas por Medicaid a cuarenta (40) sesiones de terapia por año, excepto para niños menores de 21 años de edad, o si la Oficina para las Personas con Discapacidades del Desarrollo ha determinado que usted tiene discapacidades del desarrollo, o si ha tenido un traumatismo cerebral.	Terapia ocupacional: Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Fisioterapia: Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Terapia del habla y del lenguaje: Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Rehabilitación cardíaca: Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Rehabilitación pulmonar: Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Ambulancia	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Transporte	Incluye ambulette, transporte para silla de ruedas, taxi, taxi médico, transporte público u otros medios apropiados según la afección médica del afiliado.	Usted no paga nada. Nuestro plan cubre hasta 14 traslados de ida por año a la dirección de un proveedor aprobado. Se requiere remisión y autorización previa.

Beneficio	Descripción de los servicios cubiertos por Medicaid	MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP)
Equipos y suministros médicos	<p>Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.</p> <p>El equipo médico duradero cubierto por Medicaid, inclusive los dispositivos y equipos que no sean suministros médicos/quirúrgicos, fórmulas de nutrición enterales y prótesis o aparatos ortopédicos con las siguientes características: pueden resistir el uso repetido por un período de tiempo prolongado; son principalmente y habitualmente utilizados para fines médicos; generalmente no son útiles para una persona en ausencia de enfermedad o lesión y por lo general están adaptados, diseñados o creados para el uso de una persona en particular. Debe ser ordenado por un profesional. Sin el requisito previo de estar confinado en su hogar e incluyendo DME que no es de Medicare, pero está cubierto por Medicaid (por ejemplo, banco para bañera, asidero).</p>	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.
<ul style="list-style-type: none"> Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) 	<p>Medicaid cubre el calzado protésico, ortótico y ortopédico.</p> <p>Estos artículos por lo general se consideran como artículos consumibles para un solo uso, pagados rutinariamente bajo la categoría de equipo médico duradero de pago por servicio de Medicaid. La cobertura de la fórmula de nutrición enteral y suplementos nutricionales se limita solamente a cobertura solo para alimentación por sonda nasogástrica, yeyunostomía o gastrostomía. La cobertura de la fórmula de nutrición enteral y los suplementos nutricionales se limita a las personas que no pueden obtener la nutrición por ningún otro medio y que cumplan las tres condiciones siguientes: 1) personas alimentadas por tubo que no pueden masticar o tragar alimentos y deben obtener la nutrición a través de una fórmula por medio de un tubo; 2) personas con trastornos metabólicos congénitos raros que requieren fórmulas médicas específicas para proporcionar nutrientes esenciales no disponibles por ningún otro medio; y 3) niños que requieren fórmulas médicas debido a factores de mitigación en el crecimiento y desarrollo. La cobertura de ciertas enfermedades hereditarias del metabolismo de aminoácidos y ácidos orgánicos debe incluir productos alimenticios sólidos que son bajos en proteínas o que contienen proteínas modificadas.</p>	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.
<ul style="list-style-type: none"> Prótesis (por ejemplo, órtesis, extremidades artificiales) 		Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.
<ul style="list-style-type: none"> Suministros para la diabetes 		Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Beneficio	Descripción de los servicios cubiertos por Medicaid	MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP)
Medicamentos recetados	<p>Medicaid cubre el coaseguro de Medicare para medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.</p> <p>Medicaid no cubre los medicamentos cubiertos de la Parte D ni los copagos. Medicaid cubre los beneficios de farmacia de Medicaid autorizados por las leyes estatales (categorías de medicamentos selectas excluidas de los beneficios de la Parte D de Medicare).</p>	<p>0% o 20% del costo de los medicamentos de la Parte B de Medicare.</p> <p>Costos compartidos estándar con minoristas</p> <p>En el caso de medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca considerados como genéricos), dependiendo del nivel de Ayuda Adicional que reciba, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> Un copago de \$0 <p>Para todos los demás medicamentos, dependiendo del nivel de Ayuda Adicional que reciba, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> Un copago de \$0 o Un copago de \$4.00 o Un copago de \$9.85 o hasta Un 15% de coaseguro
Artículos de venta libre	Medicaid cubre ciertos medicamentos de venta libre.	Usted paga un copago de \$0. Hasta \$1,500 al año (\$375 por trimestre) para los artículos de venta libre sin receta médica aprobados por MetroPlus de un catálogo específico.

SERVICIOS SOLO DE MEDICAID

Beneficio	Descripción de los servicios cubiertos por Medicaid	MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP)
Atención médica diurna para adultos	<p>Medicaid cubre los servicios de Atención Médica Diurna para Adultos proporcionados en un centro residencial de atención médica o en un sitio de extensión aprobado bajo la dirección médica de un médico.</p> <p>La atención médica diurna para adultos incluye los siguientes servicios: servicios médicos, de enfermería, de alimentación y nutrición, servicios sociales, terapia de rehabilitación, actividades de esparcimiento que sean un programa planificado de diversas actividades significativas, servicios dentales, farmacéuticos y otros servicios complementarios.</p>	Cubierto por Medicaid.
Servicios de vida asistida	<p>Medicaid cubre los servicios de atención personal, labores domésticas, asistentes de salud a domicilio, servicios de respuesta ante emergencias personales, enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, suministros y equipos médicos, atención médica diurna para adultos, un abanico de servicios de salud en el hogar y servicios de manejo de casos de un enfermero profesional registrado. Los servicios son proporcionados en un geriátrico o en una vivienda con servicios de asistencia.</p>	Cubierto por Medicaid.
Ciertos servicios de salud mental	<p>Medicaid cubre los siguientes servicios de salud mental:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programas de tratamiento intensivo de rehabilitación psiquiátrica • Tratamiento diurno • Tratamiento diurno continuo • Administración de casos para personas con enfermedades mentales graves y persistentes (patrocinado por unidades de salud mental estatales o locales) Hospitalizaciones parciales • Tratamiento Asertivo en la Comunidad (ACT, por sus siglas en inglés) • Servicios Personalizados Orientados a la Recuperación (PROS, por sus siglas en inglés) 	Cubierto por Medicaid.

Beneficio	Descripción de los servicios cubiertos por Medicaid	MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP)
Gestión integral de casos de Medicaid	<p>Medicaid cubre la gestión integral de casos de Medicaid (CMCM, por sus siglas en inglés), que proporciona servicios de derivación para el manejo de casos de “trabajo social” para una población objetivo.</p> <p>Un administrador de casos de CMCM ayudará al cliente con el acceso a los servicios necesarios, de acuerdo con los objetivos descritos en un plan escrito de manejo del caso.</p>	Cubierto por Medicaid.
Terapia directamente observada para la tuberculosis (TB)	<p>Medicaid cubre la terapia de observación directa de la tuberculosis (TB/DOT, por sus siglas en inglés) que es la observación de la administración oral de medicamentos para la TB para garantizar que el paciente cumple con el régimen de medicamentos recetado por el médico.</p>	Cubierto por Medicaid.
Servicios basados en el hogar y la comunidad del Programa de Exención	<p>Hay varios programas de exención en el hogar y la comunidad que prestan servicios autorizados exenciones del DHHS en los términos de la Sección 1915(c) de la Ley del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés). Los programas incluyen el Programa de Servicios de Salud a Largo Plazo, el Programa para Lesiones Cerebrales Traumáticas (TBI), la exención ICF/MR, así como los Programas de HCBS de Cuidado en el Hogar de Medicaid y los Programas de Cuidado en el Hogar de la OPWDD.</p>	Cubierto por Medicaid.
Servicios sociales médicos	<p>Los servicios sociales médicos incluyen la evaluación de la necesidad de organizar y proporcionar ayuda para los problemas sociales relacionados con el mantenimiento de un paciente en el hogar donde tales servicios son realizados por un trabajador social calificado y provistos dentro de un plan de cuidados.</p>	Cubierto por Medicaid.
Programas de tratamiento para mantenimiento con metadona (MMTP, por sus siglas en inglés)	<p>Medicaid cubre los MMTP, que consisten en la desintoxicación de las drogas, orientación sobre dependencia y servicios de rehabilitación, que incluyen el manejo químico con metadona.</p>	Cubierto por Medicaid.

Beneficio	Descripción de los servicios cubiertos por Medicaid	MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP)
Nutrición	<p>Medicaid cubre la evaluación de las necesidades especiales y de los patrones alimenticios, o la planificación para ofrecer los alimentos y bebidas apropiadas para las necesidades físicas y médicas del individuo y las condiciones ambientales, o la provisión de educación y asesoría nutricional para satisfacer las necesidades normales y terapéuticas.</p> <p>Además, estos servicios pueden incluir la evaluación del estado nutricional y las preferencias alimentarias, la planificación para la provisión de una ingesta dietética apropiada dentro del ambiente del hogar del paciente y consideraciones culturales, la educación nutricional con respecto a las dietas terapéuticas como parte del ambiente de tratamiento, el desarrollo de un plan de tratamiento nutricional, la evaluación y revisión regulares de los planes nutricionales, la provisión de educación en servicio al personal de las agencias de salud, así como la consulta sobre problemas dietarios específicos de los pacientes y la enseñanza de la nutrición a pacientes y familias.</p> <p>Estos servicios deben ser proporcionados por un nutriólogo calificado.</p>	Cubierto por Medicaid.
Servicios de la Oficina de Retraso Mental y Discapacidades del Desarrollo (OMRDD, por sus siglas en inglés)	<p>Medicaid cubre los siguientes servicios de la OMRDD:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de terapia de largo plazo proporcionados por los Centros del Artículo 16 o Artículo 28 de Tratamiento Clínico. • Tratamiento diurno. • Coordinación de Servicios de Medicaid (Medicaid Service Coordination, MSC). • Exenciones de servicios basados en el hogar y en la comunidad (Home and Community Based Services Waivers, HCBS). • Servicios proporcionados a través del Programa de Atención a Domicilio (Oficina de Retraso Mental y Discapacidades del Desarrollo). 	Cubierto por Medicaid.

Beneficio	Descripción de los servicios cubiertos por Medicaid	MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP)
Servicios de cuidado personal	<p>Medicaid cubre los servicios de cuidado personal (por sus siglas en inglés, “PCS”), que incluyen la prestación de alguna o toda la asistencia con higiene personal, vestido y alimentación y apoyo ambiental y nutricional (preparación de comidas y limpieza).</p> <p>Los servicios de cuidado personal deben ser médicamente necesarios, el médico del participante debe ordenarlos y una persona calificada debe encargarse de acuerdo al plan de cuidados.</p>	Cubierto por Medicaid.
Servicios de respuesta ante emergencias personales (PERS)	<p>Medicaid cubre dispositivos electrónicos que permiten que ciertos pacientes de alto riesgo pidan ayuda en caso de una emergencia física, emocional o ambiental.</p> <p>Hoy en día existe una variedad de sistemas electrónicos de alerta que emplean diferentes dispositivos de señales. Generalmente, tales sistemas se conectan al teléfono de un paciente y emiten una señal a un centro de respuesta una vez que se activa un botón de “ayuda”. En el caso de una emergencia, se recibe la señal y un centro de respuesta actúa acorde.</p>	Cubierto por Medicaid.
Servicios de enfermería privada	<p>Medicaid cubre los servicios de enfermería médicamente necesarios de acuerdo con el plan de tratamiento escrito del médico que lo ordena, un asistente médico registrado o un enfermero profesional certificado.</p>	Cubierto por Medicaid.
Servicios de rehabilitación proporcionados a residentes de residencias comunitarias autorizadas por OMH y programas de tratamiento basados en la familia.	<p>Medicaid cubre los servicios de rehabilitación proporcionados a residentes de residencias comunitarias autorizadas por la Oficina de Salud Mental (por sus siglas en inglés, “OMH”) y programas de tratamiento orientados a la familia.</p>	Cubierto por Medicaid.

Beneficio	Descripción de los servicios cubiertos por Medicaid	MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP)
Servicios de planificación familiar fuera de la red, provistos bajo las disposiciones de acceso directo de la exención.	Se provee cobertura de Medicaid.	Cubierto por Medicaid.

Si no cumple los requisitos para recibir Medicaid, tenemos otros planes que pueden ser adecuados para usted.

Para obtener más información, llame al **1.866.986.0356**, TTY: 711, 24 horas al día, 7 días a la semana, o visítenos en línea.



Para obtener más información, llámenos al número que aparece
abajo o visítenos en **www.metroplusmedicare.org**.

Llame a nuestra línea de ayuda las 24 horas del día, los 7 días de la semana
al **1.866.986.0356** (TTY: 711) y un representante le ayudará.

Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos medicamentos de la Parte
B, tales como la quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.

Puede ver el formulario completo del plan (lista de medicamentos recetados de la Parte
D) y todas las restricciones en nuestro sitio web, en **www.metroplusmedicare.org**.

MetroPlus Health Plan es un plan HMO, HMO SNP con un contrato de Medicare y un acuerdo
de coordinación de beneficios con el Departamento de Salud del Estado de New York. La
inscripción en MetroPlus Health Plan depende de la renovación del contrato. MetroPlus Health
Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos
de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. ATTENTION: if you speak English,
free language assistance services are available to you. Call 1.866.986.0356 (TTY: 711).
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1.866.986.0356 (TTY: 711)。



METROPLUSMEDICARE.ORG 1.866.986.0356 • TTY: 711



H0423_MEM22_2598s_M Accepted 09222021